送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

**FAX：059 – 222 - 0305**

年　　 月 　　日

令和3年度キャリアパス対応生涯研修【 中堅職員コース 】

受講申込様式

**【申込法人・機関】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人 |  | | |
| 施設名 |  | | |
| 申込記入者名 |  | 電話番号 |  |

**【受講決定通知書・テキスト等送付先】**

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先施設名 |  |
| 送付先住所等 | 〒  〔 TEL：　　　　　　　　　　　　〕　〔 FAX：　　　　　　　　　　　　　〕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◆注意事項◆**  **※ 参加希望日程の優先順位を必ず記入ください。**  **申込人数により、本会で日程調整を行いますので、ご希望に添えない場合がございます。**  **※ 申込人数が定員を超過した場合は、抽選により受講決定させていただきますので、ご了承ください。** | | | | | | |
| 第１  希望 | 第２  希望 | （施設種別）  所属施設名 | フリガナ | 生年月日 | 職名 | 福祉職場  経験年数  （通算） |
| 氏　名 |
|  |  | （施設種別：　　　　　　） |  | 昭和・平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  | （施設種別：　　　　　　） |  | 昭和・平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |
|  |  | （施設種別：　　　　　　） |  | 昭和・平成  年　 月　 日 |  |  |
|  |

※ 申込締切りは**令和3年7月9日（金）17時迄**です。

※ 本研修会の受講にあたり、自己学習による事前学習の取組み及び提出が**必須条件**となっております。

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

※ 生年月日は受講後にお渡しする修了証書に使用します。

【お申込・お問い合わせ先】〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課

TEL：059 – 213 – 0533　/　**FAX：059 – 222 - 0305**